PATHOLOGIE DE l'OVAIRE

Notions Générales

1)Anatomie: organes au nbre de 02,en « amande », de 6à8g et de (4X2X0,2)cm.

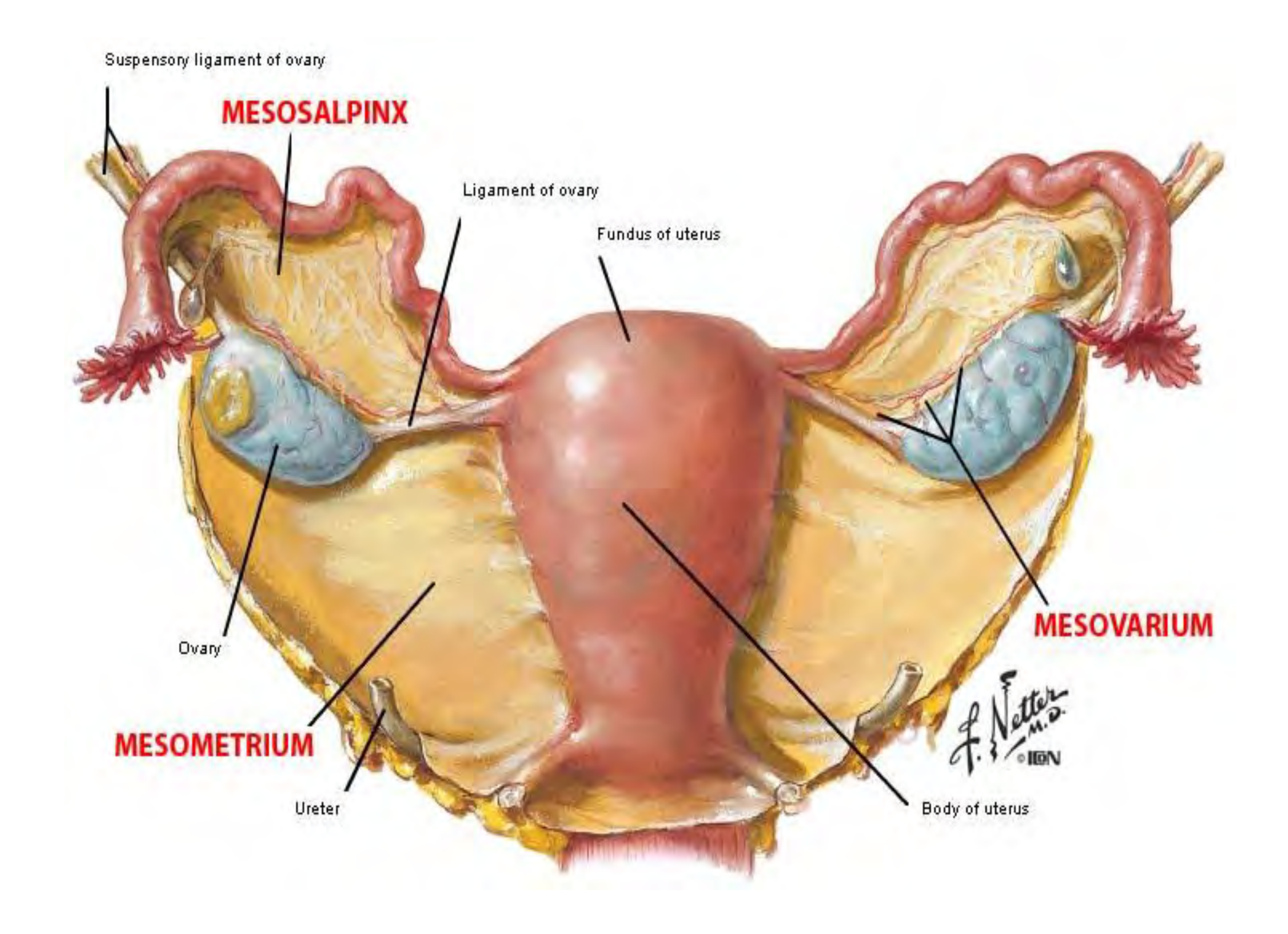
Dérivant de la crête génitale qui représente un épaississement de l'epithélium cœlomique, secondairement pénétré par les gonocytes.

2)Histologie:-corticale comportant des ovocytes

-medullaire:trame conjonctivo-vasculaire,lache:nerfs,lymph,residus embryonnaires

Ensemble délimité par une albuginée, tapissée elle-même de l'épithelium coelomique.

3)Role: maturation des follicules avec sécrétion d'oestrogénes et progestérone s/dépendance hypothalamo-hypophysaire


Suspensory ligament of ovary
MESOSALPINX
Ligament of ovary
Fundus of uterus
MESOVARIUM
Ovary
MESOMETRIUM
Ureter
Body of uterus
F. Netter M.D.
©ICON

Coupe histologique del'ovaire

- 

Inflammations

Ovarite-oophorite

-L'ovarite isolée: peu freqte ,résultant d'infection hematogéne

-Est associée à l'inflammation tubaire :Salpingo-ovarite ou annexite bilatérale

-Agents responsables: gonocoque, strepto, B.K

a)Ovarite aigue:-catarrhale(exsudat inflammatoire)

-suppurée: abcès tubo-ovarien ou pelvi-péritonite

b)Ovarite chronique: tbc ou autres

Atrophie avec adhérences des organes pelviens

Grossesse ectopique: très rares cas ont été observés

Pathologie tumorale:

-Sont éliminées de cette étude toutes les lésions dystrophiques pseudo tumorales telles que les kystes fonctionnels (folliculinique, et du corps jaune) et les ovaires poly-kystiques

-La pathologie tumorale ovarienne se caractérise par:

Survenue à tt age,Complexité et la grande variabilité des lesions ,Exposition à des complications diverses (Hgie,torsion,necrose, essaimage péritonéal),La diversité des classifications(adoptée =OMS) histogénetique

-03grands groupes de tumeurs :Epitheliales;Stroma et des cordons sexuels;Germinales

Tumeurs épithéliales: sont les plus fréquentes

1)Tm Séreuses:

a)benigne/très freqte,représente 25%des kystes benins de l'ovaire

-Macroscopie:bilaterale dans 10%des cas ,uniloculaire le plus souvent ,à paroi interne et externe lisse

-Histologie: revetement séreux cubique ou endotheliforme unistratifié cilié,absence d'atypie et de mitose

-Variante:+Cystadenofibrome sereux:revt epith soulevé par un tissu conjonctif abondant avec des papilles simples non ramifiées

+Papillome séreux:papilles bordées par un revt séreux

b)Borderline/à malignité frontière:

Représentent 10 à 15% des Tm sereuses , avec un pic de freqce de 40-50ans

-Macros: bilatérale dans 30% des cas ,taille variable (5à20cm).Lésion papillaire, multi kystique avec végétations endokystiques de taille variable et d'abondance variable; Il existe parfois des végétations exophytiques dans 25%

-Histologie:

+lesion d'architecture papillaire avec un revt de type séreux

+bourgeonnement épithélial (formation de papilles et de végétations de taille variable)

+pluristratification du revetement, ,+mitose en nbre modéré

+atypies cyto-nucléaires moderée, +absence d'invasion de l'axe des papilles

C)Tm séreuses malignes=ADK papillaire séreux

-Représentent 50% des Tm epith malignes de l'ovaire, age moyen entre 40à70ans ,augm freqte de Ca125 serique

-Macros:bilaterale dans 2/3 des cas ,mi-solide mikystique,parfois hgie et nécrosé

-Histologie:+coexistence de territoire papillaires et de territoire solides

+des anomalies cyto-nucléaires marquées

+ des mitoses trés nombreuses

+Invasion de l'axe des papilles

+présence de calcospherites en abondance variable à rechercher







2)***Tm Mucineuses***

a)benigne/assez freqte ,75% des Tm mucineuses

-Macros:Tm kystique à surface externe et interne lisse , allant de 1 à 30cm ,uni ou multiloculaire à contenu mucoide

-Histologie: les cavités sont bordées par un epith cylindique unistratifié mucosecretant le plus souvent de type endocervical

b)borderline/15% des Tm mucineuses

-Macro: Tm à surface lisse externe,volumineuse,multiloculaire,contenant un matériel filant

-Histologie:+Hyperplasie epith

+Architecture papillaire avec des vegetattions courtes

+Pluristratification moins de 04 couches

+Atypies faibles à modérées

+Absence d'invasion stromale

+Revet de type intestinal/endocervical

85%desTm Bord/15%des Tm Bord

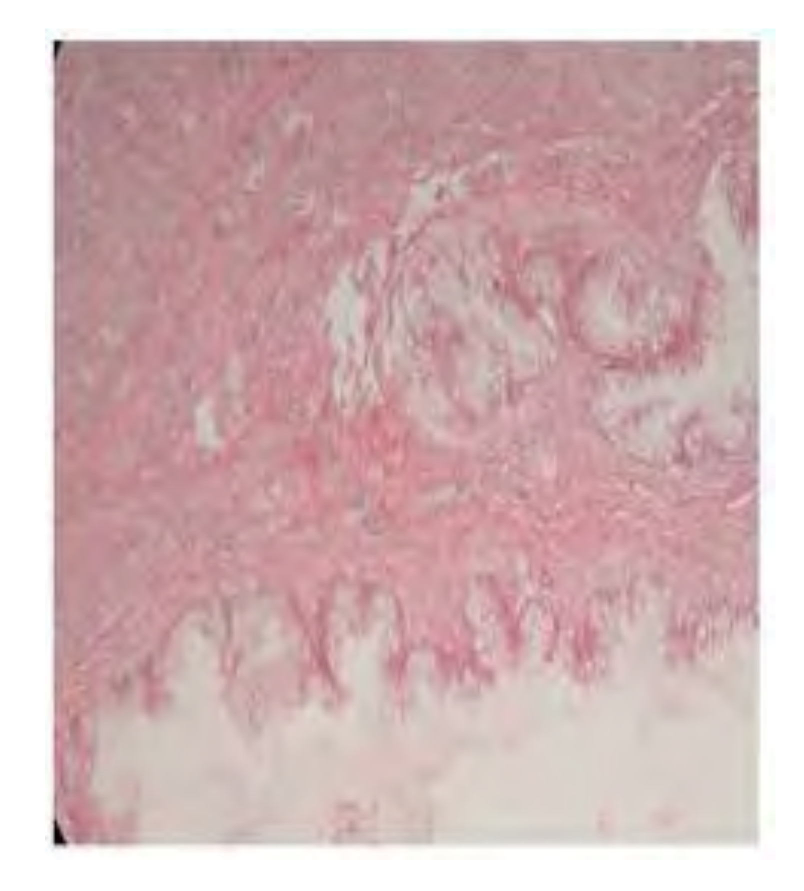
10% bilaterale /40% bilaterale

Extension Extra –ovar 20%/Exten ovar rare

+Se complique de pseudomyxome peritonéal

Cystadenome mucineux





c)Tm mucineuses Malignes/ADK mucineux

-5à10% des Tm mucineuses

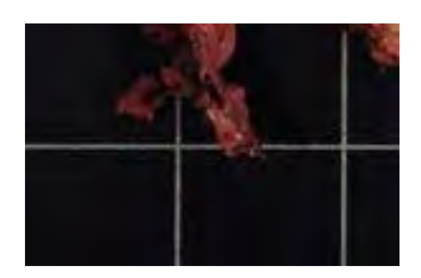
-Macro:presence de zones solide et kystique à contenu mucoide avec des remaniements necrotico-hemmoragiques

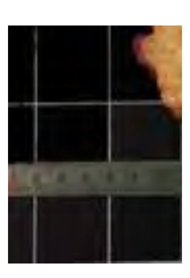
-Histologie: +Idem Borderline

+Invasion du stroma par des glandes,des amas ,ou des Cell isolées

+Stroma fibro-inflammatoire

NB:le pseudo-myxome péritonéal est la complication des Tm mucineuses observée dans 2% des Tm B ,15%des Tm Borderline , et dans 30% des ADK







3)Tm endometrioides:

a) benigne/Adenofibrome endometrioide peu freqt,unilateral

- Histologie:glandes tubuleuses proches des glandes endometriales proliferatives siegeant dans un tissu fibromateux assez abondant ;absence de chorion cytogéne

b)Borderline: rare , unilaterale

-Histologie :identique aux Tm bénignes avec une prolifération epith analogue à celle observée dans les hyperplasies atypiques de l'endométre

c)ADK endometrioide: 15%des Tm epith malignes de l'ovaire, souvent associé à une endométriose

-Macros: unilaterale, Tm solide friable svt ponctuée de microkystes

-Histologie:ressemble à un ADKde l'endométre,marquée par une proliferation tubulo-papillaire à Cell cylindriques de type endometrial associée fréqmt à une metaplasie malpighienne

4)ADK à Cell claires/5%desTm epith malignes

-Macros:unilaterale,lesion solide ou kystique de coloration beige ou jaune

-Histologie: polymorphisme architectural et cell avec des cell claires ou oxyphiles ou encore en « clou de tapissier »

5) Tm Benignes à Cell transitonnelles/

Tm de Brenner

-98%des Tm à cell transitionnelle

-Macros:unilaterale ,petite lesion blanchatre

-Histologie: prolifération en nids épithéliaux bien limités de cell transitionnelles dans abondant stroma fibreux avec parfois des aspects microkystiques

NB /Tm malignes et Borderline sont exeptionnelles

Tumeurs du stroma et des cordons sexuels

1) Granulosa adulte/ Tm potentiellement maligne de la femme de plus de 50 ans

-Macros: unilatérale dans 95% des cas ,mi- kystique mi-solide ,hémorragique ,à surface externe lisse ,rupture capsulaire dans 10%des cas

-Histologie:

+architecture variable:microfolliculaire,insulaire, diffuse ,trabéculaire

+présence de cors de call-Exner

+cell à ny pale, ovalaire, nucléole non proéminent aspect incissuré en « grains de café »

+activité mitotique faible

+lutéinisation possible

2)*Granulosa juvenile*/ femme de mois de 30ans

- Macros :unilaterale,surface externe lisse, d’aspect hétérogène

-Histologie:+architecture solide ou multi nodulaire

+cell rarement incissuré

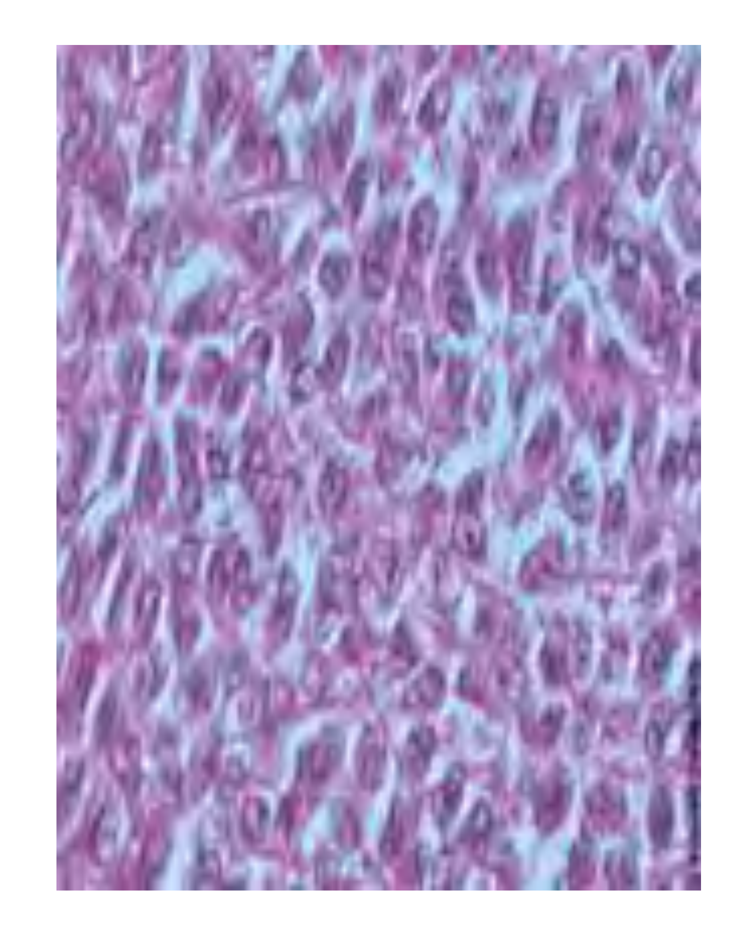
+pléomorphisme cell est plus prononcé

3)*Fibro-thecome/*Tm peu freqte 1% des Tm ovariennes

-Macro:unilaterale,nodulaire solide , de couleur blanc-jaunatre

-Histologie : cell fusiformes à cytoplasme abondant chargé de lipides ,associée à un contingent fibroblastique





4)Androblastome (Tm Sertoli –Leydig)/ femme jeune surtout mais possible à tout âge, c'est une Tm maligne

-Macros:unilaterale,solide parfois kystique

-Histologie: tubes et tubules sertoliens dans un stroma fibreux avec différenciation variable associée à un contingent Leydigien

Tumeurs Germinales

1)Teratomes:

a)Matures(benins):-

-Macros: Kyste dermoide , formation kystique à contenu pilo-sébacé

-Histologie: mixture de tissus adultes matures dérivant des 3 feuillets embryonnaires (ectoderme, mesoderme, endoderme)

b)Immatures(malins):

-Macros: Tm solide rarement kystique

-Histologie: présence de tissu embryonnaire au sein d'une mixture de tissus adultes matures

2)Dysgerminomes

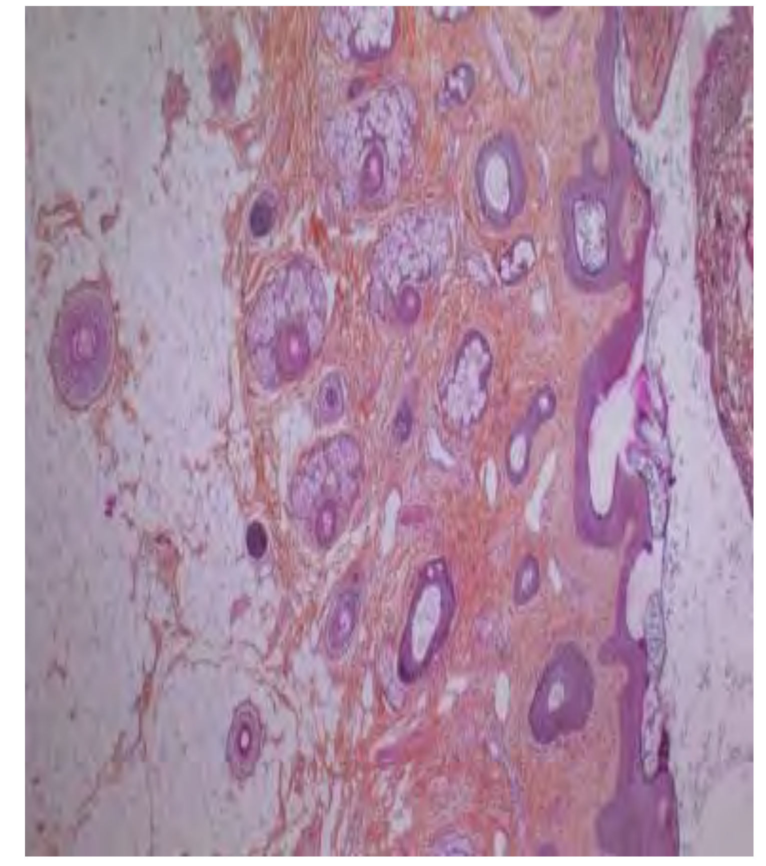
3)Tm vitelline/Sinus endodermique

4)Carcinome embryonnaire

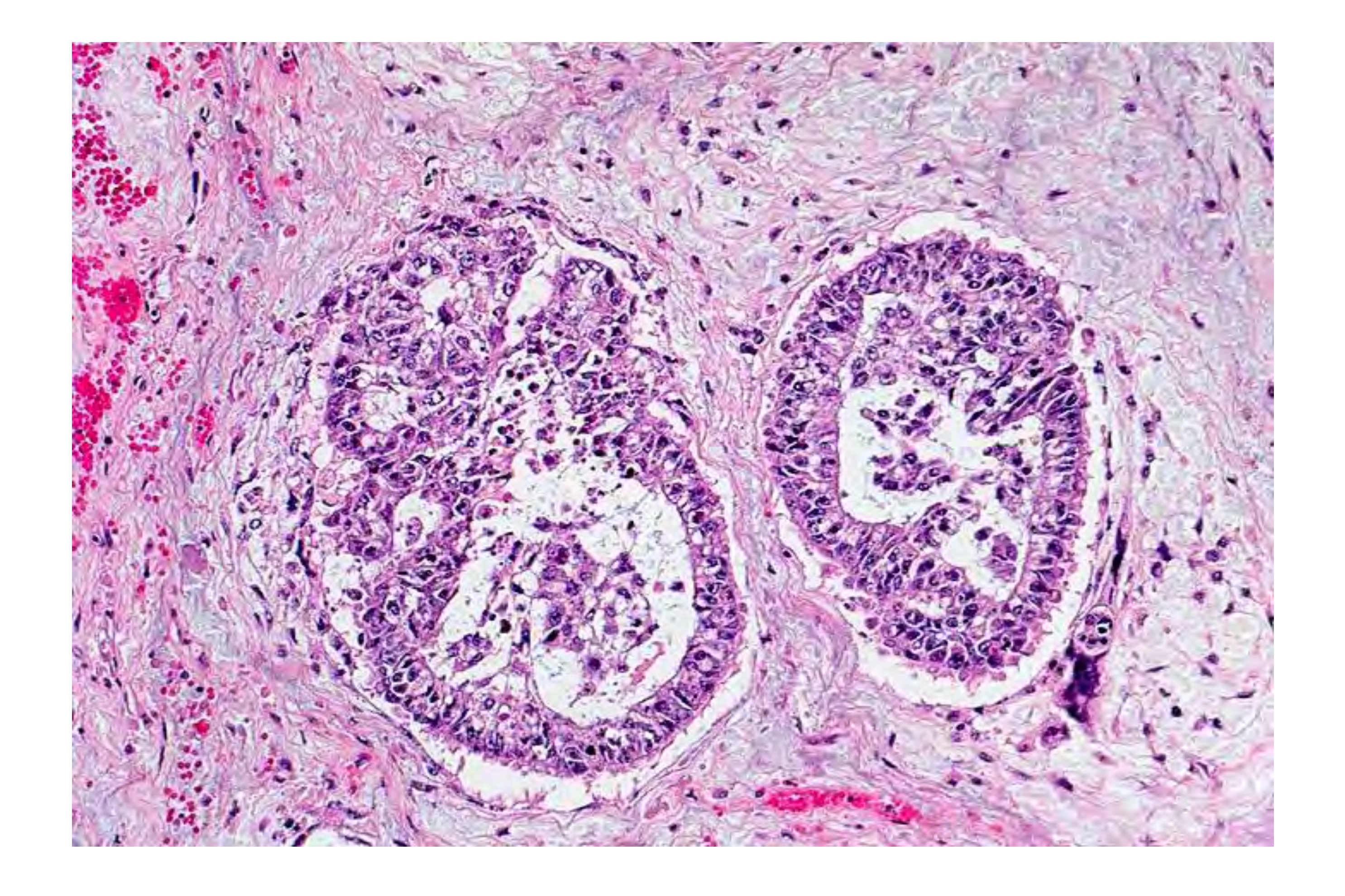
Hautement malignes et chimio sensibles

Tetratome mature





Teratome immature



Tumeurs secondaires = Métastases

-10%des Tm ovariennes malignes

-Sites primitifs les plus freqts =sein ,colon, endomètre, estomac

-Bilatéralité dans70% des cas

-aspect multi nodulaire

Exemple :Tm de Krukenberg (Métastase ovarienne d'un carcinome gastrique)

+Macro: ovaire augm de taille, avec présence de nodules en surface ferme à rénitente

+TS: aspect plein jaunâtre parfois mucoide avec des remaniements hémorragique et nécrotique

+Histologie:Cell isolées ou groupées en amas avec des cell « en bague à chaton » dans un stroma hyperplasique

Tumeur de Krukenberg

